UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N. 17

CONTRIBUTION
A L'ETUDE
DES SYPHILOMES BRONCHO-PULMONAIRES

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

Robert DUBOIS

Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

Membres du Jury :

- MM. TAPIE — *Président*
- MOREL, GADRAT, P. DAMBRIN — *Assesseurs*
- LAPORTE — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1949

Contribution à l'Étude
des
Syphilomes Broncho-Pulmonaires

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N. 17

CONTRIBUTION
A L'ETUDE
DES SYPHILOMES BRONCHO-PULMONAIRES

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

Robert DUBOIS

Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

Membres du Jury :

MM.	TAPIE	*Président*
	MOREL	*Assesseurs*
	GADRAT	
	P. DAMBRIN	
	LAPORTE	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1949

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR	BRUDIER
DOYENS HONORAIRES	GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MERIEL. MM. RIBAUT.
LAFFORGUE. SERR.
ARGAUD.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne	MOREL.
Bactériologie, hygiène médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine sociale	BOUNHOURE.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET.
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

Anatomie			N.
Histologie			BIMES (ch. d. f.).
Médecine	MM. GADRAT. DARNAUD. GERAUD. DARDENNE LAPORTE.	Chirurgie	MM. GRIMOUD. RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie			MM. DEODATI.
Chimie médicale			
Physique médicale			MARQUES.
Pharmacie			COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique			BLANC.
Histoire naturelle pharmaceutique			Mme DULUCQ-MATHOU.
Stomatologie			CADENAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE.
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL, DAMBRIN (P.).
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et Géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologique	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté..... M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TAPIE

Professeur de clinique médicale
Officier de la Légion d'Honneur

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL
Professeur de pathologie interne
et de clinique de la Tuberculose

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE
Professeur agrégé à la Faculté

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur Jean BAUDOT
Médecin-phtisiologue en chef des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LE BAYON
Médecin-directeur du sanatorium public départemental de Monbran
Président du Comité Départemental de défense contre la tuberculose du Lot-et-Garonne

A Monsieur le Docteur LAYSSOL
Ancien Interne des Hôpitaux

Introduction

Nous avons emprunté au Docteur Le Bayon, *qui nous a montré l'intérêt pratique que nous pouvions retirer de son étude, une observation de Syphilome broncho-pulmonaire.*

Les encouragements que M. le Professeur Tapie *a bien voulu nous prodiguer, nous ont permis d'approfondir davantage une question qui s'est révélée passionnante à plus d'un chef.*

Définition - Classification

Il est malaisé, en tête de ce chapitre, de définir le syphilome broncho-pulmonaire et de lui donner une place dans l'étude des différentes atteintes morbides du poumon par le Tréponème.

En effet, une grande imprécision règne dans la classification des diverses manifestations de la syphilis du poumon, due :

à la difficulté du Diagnostic Etiologique ;

à l'intrication des différentes formes qui se montrent rarement à l'état de pureté ;

à la rareté ou à l'absence des vérifications anatomiques (à l'encontre des syphilis héréditaires) et par cela même à l'absence de critère précis histologique.

Si nous parcourons la 18^{me} leçon de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, nous voyons que Dieulafoy fait du syphilome tantôt une lésion broncho-pneumonique à marche aiguë, tantôt une lésion à marche lente et, souvent chez lui syphilome est synonime de «gomme». Si nous ouvrons les traités classiques au cha-

pitre de la syphilis tertiaire du poumon, on constate que l'anatomie pathologique étudie les gommes et les pneumonies caséeuses dans un même chapitre alors qu'anatomiquement, cliniquement et radiologiquement il s'agit de processus bien différents. Les divers auteur qui ont étudié la question de la syphilis pulmonaire sont dans l'impossibilité de superposer l'étude clinique et l'étude anatomo-pathologique. Mais à la lumière de la radiologie, « véritable anatomie pathologique sur le vivant », on peut tenter un essai de classification.

C'est l'intrication des diverses formes des manifestations syphilitiques pulmonaires qui a compliqué le problème, comme pour la tuberculose. Mais il existe indiscutablement des lésions syphilitiques à l'état de pureté et dont l'étude sera pour nous le point de départ de notre classification.

Anatomiquement et radiologiquement, la syphilis pulmonaire se manifeste par des lésions diffuses et par des lésions localisées.

A la période de début et à la période d'état de la maladie, les lésions syphilitiques pulmonaires diffuses auront en général, une symptômatologie aiguë ou subaiguë, tandis que les lésions localisées auront d'emblée une évolution chronique.

Nous étudierons donc :

a) des lésions diffuses, aiguës, subaiguës.

b) des lésions localisées : les gommes syphilitiques, processus chronique.

L'évolution de chacune de ces formes se fera vers un processus scléro-ulcéreux pour les premières, vers un processus scléro-gommeux pour les secondes.

De par leur constitution anatomique, qu'elles soient diffuses ou circonscrites, ces lésions auront au début, une symptomatologie qui leur sera propre. On comprend qu'une lésion diffuse, au stade d'hépatisation rouge ou grise, donne des signes cliniques d'atteinte aiguë ou subaiguë ; tandis que les lésions limitées auront une symptomatologie atténuée ou même absente.

Les unes seront étudiées dans le chapitre des lésions aiguës, les autres dans le chapitre des lésions chroniques. Constituant une transition entre ces deux formes, on peut isoler des formes subaiguës qui sont des lésions diffuses à symptomatologie atténuée, constituées d'emblée ou faisant suite aux lésions aiguës.

L'intérêt de notre observation réside dans le fait qu'elle vient illustrer ce chapitre.

Devant la confusion que crée le terme de syphilome qui est employé tantôt comme terme générique, au lieu et place de syphilose, tantôt représente des lésions aiguës ou des lésions chroniques, nous pensons que l'on devrait réserver ce terme qui évoque de par son suffixe « ome » un sens tumoral ou pseudo-tumoral, à la désignation des lésions pseudo-tumorales d'allure subaiguë.

Si on applique cette définition et cette clas-

sification, l'étude de la syphilis pulmonaire peut se concevoir ainsi :

Lésions aiguës : granulie, broncho-pneumonie.

Lésions subaiguës : syphilome.

Lésions chroniques : gommes et les processus scléro-gommeux et scléro-ulcéreux.

Comme toute classification, elle présente des avantages et des inconvénients : inconvénients en ce sens qu'elle tient peu compte des atteintes bronchiques ou pleurales concomittantes et qu'elle groupe dans des mêmes chapitres des lésions souvent disparates. En effet, comme pour la tuberculose, les examens cliniques nous montrent que les lésions pulmonaires sont souvent intriquées, processus aigus et chroniques voisinant chez un même malade.

Mais avantages en ce sens qu'elle simplifie une étude complexe, en permettant de mieux analyser des cas difficiles.

Lésions aiguës

Elles comprennent : la forme broncho-pneumonique, la forme granulique.

1° Forme broncho-pneumonique : décrite par Dieulafoy sous le nom de « syphilome » pulmonaire à marche aiguë, véritable phtisie galopante syphilitique où les examens de crachats sont négatifs et où un diagnostic rapide ne peut être fait que par la coexistence d'autres lésions syphilitiques.

2° Forme granulique : individualisée par Favre et Contamin, par Gaté, Dechaume et Gardère, où à l'autopsie des malades on trouvait bien des gommes miliaires, multiples ; « mais Ch. Roubier a montré histologiquement que ces gommes peuvent être des lésions déjà très anciennes prouvant seulement l'atteinte profonde des poumons par la syphilis alors que l'on doit incriminer, dans les processus aigus, lorsque les gommes font défaut, soit des phénomènes de congestion pulmonaire étendue par vaso-dilatation diffuse des

capillaires des poumons (Favre), soit des lésions d'artérite aiguë syphilitique (à rapprocher de la cardiopathie noire d'Ayerza), soit des lésions congestives par compression des vaisseaux pulmonaires par des masses ganglionnaires médiastinales ».

(Il est possible que le syndrome pseudo-granulique de Favre, ou, ce que Paviot (in thèse de Mauguières) dénomme Cyanose Syphilitique curable ne soit que de véritables lobites ou zonites aigus syphilitiques comparables aux infiltrats aigus tuberculeux).

L'Histologie de ces formes aiguës est encore mal connue. Il existe :

1° Des lésions *pneumoniques catarrhales* syphilitiques, avec prédominance de lésions alvéolaires ; certains auteurs verraient dans l'infiltration gélatineuse de « Hiller » la « broncho-pneumonie desquamative » de Homolle, l'« induration brune de Virchow,» des variétés de pneumonie catarrhales syphilitiques alors que le plus grand nombre n'en font que des lésions banales.

2° *Pneumonies interstitielles* à double expression anatomo-pathologiques : pneumonie blanche et induration grise de Tiffany.

Lésions subaiguës

Constituées par le syphilome broncho-pulmonaire. Caractérisé :

Cliniquement :

Par un début lent et progressif, ou faisant suite à un épisode aigu.

La symptomatologie pulmonaire existe mais elle est peu démonstrative : toux légère, expectoration peu importante, avec petites poussées de température, contrastant avec la netteté de certains signes physiques : matité ou sub-matité, augmentation des vibrations vocales dans une zone plus ou moins étendue du poumon généralement prédominant à la partie moyenne ou aux bases pulmonaires, présence inconstante d'un souffle tubaire ou tubo-creux. Nombreuses bacilloscopies négatives.

En résumé, signes pulmonaires et généraux constants mais peu importants à l'encontre des signes radiologiques.

Radiologiquement :

Condensation non homogène de dimensions variables, mal limitée, pouvant siéger aussi bien aux sommets qu'aux bases mais affectionnant avec prédilection la région hilaire et les bases pulmonaires, non excavée, donnant une impression visuelle de masse pseudo-tumorale plutôt qu'une impression d'infiltrat, évoquant déjà une image de sclérose réactionnelle mais image non spécifique de la syphilis.

Histologiquement, représenterait le stade d'hépatisation grise de LAENNEC ou l'induration grise de TIFFANY avec un processus de sclérose au début :

Nodules inflammatoires, infiltration cellulaire du tissu interstitiel par néoformations alvéolaires à épithélium cubique, pouvant se grouper pour donner lieu à la formation de véritables cellules géantes syphilitiques.

Engainant le tout, il existerait déjà des bandes de tissu scléreux à point de départ bronchique ou artériel.

Au point de vue évolutif, le syphilome a une destinée variable.

Sa constitution, sa durée dépendra en grande part de la virulence du Tréponème et des réactions pulmonaires, c'est-à-dire du terrain.

Il est des lésions hypervirulentes qui seront nécrotiques d'emblée, réalisant des îlots de nécrose précoce, dans des lésions aiguës et jeunes.

Une fois constitué, le syphilome peut avoir

une vie éphémère et passer rapidement au stade chronique ou attendre très longtemps l'apparition de géodes.

Généralement, les désintégrations ne sont pas longues à apparaître ; on comprendrait mal que les îlots de nécroses n'apparaissent pas dans un bloc hépatisé, mal vascularisé du fait des lésions artérielles et de la sclérose intra-lobulaire.

L'apparition d'une zone plus ou moins étendue de ramollissement se traduit par une symptomatologie et des images radiologiques différentes que nous étudierons aux formes chroniques.

Lésions chroniques

Elles comprennent :

1° Les gommes proprement dites.

2° Les lésion scléro-ulcéreuses et les lésions scléro-gommeuses.

1° *Les gommes :* N'ayant qu'une symptomatologie atténuée, en cas de ramollissement ou même absente à l'état cru, les gommes syphilitiques étaient « trouvaille d'autopsie avant l'ère radiologique ».

Elles sont caractérisées anatomiquement, par une lésion nodulaire entourée d'une coque fibreuse dont le centre est constitué par un caséum amorphe, d'abord à l'état cru et pouvant se ramollir secondairement.

Rangée de par ses signes et son évolution dans le chapitre des formes chroniques, la gomme est peut-être une lésion histologiquement aiguë ou subaiguë, mais très limitée, permettant de ce fait au parenchyme sain

périphérique de systématiser en capsules sa réaction fibreuse de défense. Solitaires ou multiples, souvent de faible grosseur (gommes miliaires), elles n'entraînent que peu de signes cliniques lorsque le processus gommeux est isolé. Il peut s'adjoindre aux gommes des processus congestifs ou une réaction fibreuse plus ou moins importante qui en modifie la symptomatologie.

L'évolution de ces gommes sera variable, pouvant rester longtemps à l'état cru ou se fibroser en masse en donnant une cicatrice étoilée, ou pouvant vider leur contenu par une bronche de drainage.

Radiologiquement, la gomme se traduit par une image arrondie à contours polycycliques, d'opacité homogène lorsqu'elle est à l'état cru, entourée par un halo plus opaque, ou par une image cavitaire aérienne ou hydro-aérique bien isolée dans un parenchyme sain, lorsque le processus gommeux est à l'état pur. Mais comme la syphilis du poumon (tertiaire) est essentiellement sclérogène, ces images qu'elles soient uniques ou multiples ne vont pas tarder à être remaniées et changer complètement d'aspect au bout d'un temps plus ou moins variable, aboutissant finalement aux lésions scléro-cicatricielles.

2° *Lésion scléro - cicatricielles :* qu'elles soient l'évolution naturelle des lésion subaiguës (lésions scléro-ulcéreuses) ou l'évolution des gommes (lésions scléro-gommeuses), leur étude clinique et radiologique est identi-

que ; elles sont caractérisées par une prolifération de tissu scléreux (hyperplasie conjonctive), à topographie aussi bien bronchique que pulmonaire· par des zones de ramollissement et des pertes de substance. A ce stade, l'atteinte des bronches est maximum et conditionne la topographie scléreuse.

Cliniquement : ces formes simulent soit des abcès chroniques, soit des bronchites chroniques.

Il s'agit de malades tousseurs, crachant en plus ou moins grande abondance, souvent cachectiques, menacés par des accidents cardiaques ou cardio-rénaux. La symptomatologie vient souvent se compliquer d'atteintes pleurales. Le processus scléreux, pouvant intéresser la plèvre, réalise parfois l'aspect que l'on retrouve dans le foie ficelé, poumon ficelé de Councilman.

Radiologiquement, zone plus ou moins étendue, densifiée, à allure fibreuse avec ramifications opaques à point de départ hilaire, en éventail (ombres cordonniformes de Watkins), au sein de la masse opaque, zones claires plus ou moins nombreuses traduisant la désintégration du parenchyme ou l'évacuation de gommes. Sans que nous ayons à parler des syphilis bronchiques pures, les lésions des bronches dans le chapitre qui nous occupe dominent quelquefois le tableau clinique : deux types principaux suivant Sergent, Durand et Benda.

a) sclérose hypertrophique donnant au

cours de l'exploration bronchique lipiodolée, des images de sténose.

b) sclérose destructive et mutilante donnant toutes les variétés de bronchectasies.

Dans cet essai de classification, le syphilome boncho-pulmonaire tertiaire tient une place de transition entre les formes aiguës et les lésions chroniques. Défini cliniquement par une symptomatologie subaiguë, radiologiquement par une image pseudo-tumorale, le syphilome peut déjà avec cela, garder une individualité.

Observation

Il s'agit de M. B... (Marcel), 31 ans, employé dans une usine de phosphates au Maroc.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Dans ses antécédents personnels on ne relève qu'une fièvre Typhoïde à l'âge de 3 ans, une furonculose à 14 ans et une paratyphoïde à 18 ans.

La maladie actuelle a débuté au mois d'août 1946 par une asthénie et de l'anorexie. Le malade est subfébrile pendant une quinzaine de jours. Il tousse énormément, il crache peu et ses crachats sont muqueux ou muco-purulents. Il accuse une douleur térébrante, siégeant à la pointe de l'omoplate gauche, sans irradiation. Il présente de plus une dyspnée intense. Ce qui l'amène à consulter le médecin de son usine qui fait faire un cliché qui montre une image arrondie du tiers inférieur du champ pulmonaire gauche mal délimitée, de la grosseur d'une mandarine ; il existe un épanchement très léger qui recouvre la cou-

pole diaphragmatique. Le malade est mis au repos pendant un mois et demi et au Calcium intra-veineux. Le diagnostic, soit de pleurésie enkystée pariétale, soit de pleurésie enkystée de la grande scissure, n'est alors qu'une hypothèse. Les bacilloscopies sont négatives.

Reprise du travail en octobre 1946 et pendant deux mois ; puis le malade présente les mêmes troubles qu'au début et on lui accorde un nouveau repos d'un mois. Nouvelle reprise du travail et enfin abandon définitif en février 1947. A ce moment les clichés pratiqués montrent :

1° Que l'image signalée antérieurement à la base gauche a augmenté de volume.

2° Que son opacité s'est accrue.

3° Que ses contours deviennent plus nets.

4° Que le sinus costo-diaphragmatique est toujours comblé et que le diaphragme reste toujours immobile.

Un cliché du bassin et du sacrum est également pratiqué, mais il ne montre rien d'anormal. Toutefois, le médecin tente un traitement spécifique d'épreuve au cyanure de mercure, mais le malade présente rapidement des signes d'intolérance et on est obligé d'abandonner ce traitement.

Devant l'extension de l'image, le diagnostic s'oriente vers une tumeur néoplasique.

C'est alors que le malade vient en France chez ses parents qui habitent le Lot-et-Garonne. Il est porteur d'une lettre de son médecin expliquant les diverses étapes de

I. — 26-9-46

II.
Cliché de face
29-4-47

II bis. — Cliché en oblique — 29-4-47

III. — 4-9-47

IV. — 18-11-47

l'évolution de la maladie. Le Docteur Le Bayon, qui voit le malade peu après son arrivée en France, fait faire une radiographie pulmonaire de face et, en position oblique le 29 avril 1947, ainsi que des coupes tomographiques au mois de mai. Après comparaison de l'image radiographique du moment et des clichés antérieurs, le Docteur Le Bayon conclut qu'il n'y a pas eu extension de l'image entre le mois de février et le mois de mai 1947. Son avis est parfaitement conforme à l'opinion du médecin du Maroc, cependant, malgré l'absence de tout stigmate de syphilis ancienne ou récente, il fait faire une réaction sérologique. La sérologie s'étant révélée fortement positive, un traitement spécifique d'épreuve est institué au mois de juin.

Nous croyons devoir préciser que ce traitement était fait de novarsénobenzol et bismuth. Après deux mois de ce traitement, une nouvelle radio est faite par le Docteur Le Bayon ; elle montre un effacement notable de l'opacité et le sinus costo-diaphragmatique est redevenu libre. Au mois de novembre, un nouveau cliché objective un effacement quasi total de toute image.

Le 19 mars 1948, le malade est revu par le Docteur Le Bayon, son état général est excellent, aucun signe fonctionnel n'est à noter ; la radiographie ne montre plus que quelques travées fibreuses discrètes à la place de l'ancienne opacité.

Discussion diagnostique

En présence d'un tel syndrome, il nous est permis de discuter de plusieurs affections. En effet, un certain nombre de pneumopathies ont une symptomatologie à peu près identique et souvent des images radiologiques à peu près semblables.

Aussi la discussion du diagnostic s'avère-t-elle malaisée en face d'une image radiologique pseudo-tumorale chez un malade porteur d'une symptomatologie bâtarde.

Dans le cas particulier de notre malade, deux hypothèses se présentent à nous :

1° Nous ne connaissons pas le résultat de la sérologie.

2° Après le résultat sérologique positif.

Premier cas.

A) *Tuberculose.*

Le premier diagnostic qui vient à l'esprit est celui de *tuberculose.*

Bien que les foyers tuberculeux juxta-cardiaques soient très discutés, on ne pouvait pas ne pas penser à une zonite ou à une lobite aiguë ou subaiguë avec réaction pleurale. En effet, le tableau clinique de début se montrait insidieux : fébricule, point de côté, amaigrissement, et au point de vue radiologique, on constatait une condensation pulmonaire à bords flous, avec réaction pleurale de la grande cavité.

Mais les diverses bacilloscopies avaient donné un résultat négatif. Cependant cet argument ne permettait pas d'éliminer de façon formelle la tuberculose ; nous savons en effet, qu'il existe des formes de début sans bacilles.

B) *Pleurésies enkystées.*

Nous avons fait remarquer dans notre observation que le diagnostic de pleurésie enkystée avait été porté au début et on peut à notre avis discuter de deux formes de pleurésie enkystée, à savoir, la scissurite inférieure gauche et la pleurésie médiastine gauche.

a) Scissurite inférieure gauche. — Elle offre une symptomatologie en général fruste, avec fièvre, point de côté et peu de signes physiques. L'image radiologique montre de face une condensation de la base gauche, juxta-cardiaque à limites parfois peu nettes.

Mais elle donne toujours un certain degré de refoulement cardiaque, une image claire pulmonaire sous-jacente à base externe et en vue de profil, une image oblique en coin à topographie scissurale.

Autant de caractères qui pouvaient faire éliminer ce diagnostic chez notre malade.

b) Pleurésie médiastine gauche inférieure. — Antérieure ou postérieure, séro-fibrineuse ou purulente, sa symptomatologie sera à la fois pleurale et médiastinale : signes de compression et signes de refoulement, et nous savons que de tels symptômes n'existaient pas chez notre malade.

C) *Abcès du poumon.*

Le tableau clinique et radiologique du début pouvait évoquer un tel syndrome. En effet, point de côté, signes physiques pulmonaires, pleurésie réactionnelle et image radiologique de condensation à bords flous chez un malade dont les bacilloscopies restaient négatives. On devait y penser, d'autant plus que des formes d'abcès à vomiques tardives ont été décrites par Etienne Bernard, que certaines vomiques plus ou moins fractionnées peuvent passer inaperçues et que l'image hydro-aérique peut rester masquée par des ombres réactionnelles.

Pourtant, il nous était permis d'éliminer l'abcès pulmonaire qui présente classiquement un début plus aigu. Dans le cas de notre malade, la courbe thermique est toujours restée peu oscillante, sans clochers.

Un examen de sang ne nous aurait pas montré de leucocytose importante, ni de polynucléose neutrophile.

Pour compléter l'examen, nous aurions pu faire un examen lipiodolé, mais nous savons

que dans le cas d'abcès il n'y a pas classiquement remplissage de la cavité.

D) *Cancer du Poumon.*

De nombreux arguments paraissaient en faveur du cancer du Poumon dans sa forme pseudo-lobaire : le début insidieux avec la fièvre (qui existe dans la moitié des cas de cancer du poumon), l'amaigrissement, la douleur intense, la dypsnée, qui, nous le savons, constitue un symptôme primordial dans le cas de cancer par son intensité et son caractère dominant, l'image pulmonaire à contours mal délimités à extension progressive, enfin la réaction pleurale.

Par contre, nous n'avions pas constaté d'hémoptysie de début, pas d'expectoration gelée de groseille, pas d'adénopathies des régions sus-claviculaire ou axillaire, pas de métastases. Enfin, l'extension progressive de l'image avait marqué un temps d'arrêt entre le mois de février et le mois de mai 1947.

Les examens auraient pu être complétés par une bronchoscopie. Dans le cas de cancer du poumon, on aurait découvert, soit une végétation séssile ou pédiculée qui saigne au moindre contact, soit une ulcération plus ou moins anfractueuse à fond sanieux, soit, éventualité plus rare, une infiltration de la paroi bronchique entraînant un rétrécissement concentrique et progressif du conduit.

Si la tumeur elle-même n'est pas décelable, on peut se trouver en présence d'une défor-

mation de l'éperon inter-bronchique, ce qui est d'une grande valeur séméiologique, particulièrement lorsque ce signe est associé à la rigidité de la bronche.

Si la bronchoscopie ne peut être réalisée, nous pourrions retirer de précieux renseignements de la bronchographie lipiodolée. Elle permet de reconnaître l'existence d'une sténose bronchique : bronches « amputées », ou images lacunaires, ou non imprégnation d'un territoire lobaire plus ou moins étendu.

Au contraire, les sténoses d'origine syphilitique sont beaucoup plus rares, seuls quelques cas ont été relevés par Duplant, Lancereaux, Lécureuil. Toutes leurs observations montrent que la sténose syphilitique purement bronchique est rare. Presque toujours, on constate une muqueuse trachéale et bronchique hyperhémiée et recouverte de mucosités caractéristiques de trachéite et de bronchite banale ou spécifique, mais il n'y a pas de signes capables de nous faire affirmer cette deuxième hypothèse.

Bien plus intéressante est la découverte d'une gomme ulcérée ou non, d'un envahissement des bronches par la tumeur syphilitique dont la vue seule suffit à faire porter le diagnostic. Une biopsie doit être pratiquée en vue de faire une étude anatomo-pathologique des lésions.

Cette épreuve d'un grand intérêt mérite d'être connue du praticien et devrait être d'un usage plus courant.

E) *Atelectasies.*

Avions-nous le droit de penser à une image d'atelectasie ? Nous savons qu'une atelectasie partielle peut donner une image de condensation analogue à celle de notre malade et que sous de telles images peuvent se cacher des bronchectasies ou un cancer bronchique.

Mais on devait à l'examen éliminer ce diagnostic, car nous n'avions pas de refoulement cardiaque ni de rétraction costale. Il n'y avait pas non plus de déplacement inspiratoire homolatéral du médiastin. Enfin, les bords de l'image devant laquelle nous nous trouvions, étaient plus flous, à contours plus arrondis.

On sait d'autre part, que l'atelectasie ne s'accompagne pas d'un syndrome toxémique ou infectieux et la dyspnée est le plus souvent absente dans les formes partielles qui, en général, sont, par leur latence, une découverte radiologique.

F) *Infarctus pulmonaire.*

Le tableau clinique et radiologique que présentait notre malade pouvait évoquer une forme larvée pneumonique, qui correspond à un gros infarctus lobaire ou pseudo-lobaire avec fièvre, point de côté.

Mais on ne devait pas s'arrêter à ce diagnostic· car notre malade n'a jamais émis de crachats hémoptoïques et dans ses antécédents, n'existait pas la notion de cardiopathie, de phlébite ou d'intervention chirurgicale.

G) *Pneumoconioses.*

Etant donné que notre malade avait été employé longtemps dans une usine de phosphates, on était en droit de penser à une forme pseudo-tumorale de pneumoconiose.

Mais il n'existe pratiquement pas de telles images sans images réticulées ou miliaires et de plus les images pseudo-tumorales unilatérales sont l'exception.

Deuxième cas

Nous connaissons le résultat de la sérologie : Positivité.

C'est là, certes, un argument, à ne pas négliger en faveur d'une pneumopathie syphilitique. Cependant, on ne doit pas ignorer que, parmi les syndromes groupés sous le nom d' « ombres fugaces », certains sont accompagnés d'une sérologie fortement positive ; c'est le cas des pneumopathies à bacilles de Pfeiffer décrites par Hegglin et Grumbach. Cette affection se manifeste par une évolution subaiguë, avec fébricule et radiologiquement par une infiltration circonscrite.

Mais à la différence de notre malade, la régression de l'image s'opère spontanément en trois ou quatre semaines en même temps que les réactions sérologiques redeviennent négatives. Si l'on était en droit de faire une telle hypothèse chez notre malade, nous pensons qu'il ne fallait pas s'y arrêter, la positivité de la sérologie ayant été constatée alors que l'image persistait depuis plusieurs mois.

Le diagnostic positif ne peut se baser, ni sur les manifestations cliniques pulmonaires, ni sur les clichés radiologiques qui ne sont pas pathognomoniques, ni sur la recherche des Tréponèmes.

Qu'elles soient aiguës, subaiguës ou chroniques, les pneumopathies syphilitiques tertiaires simulent cliniquement et radiologiquement presque toutes les autres atteintes morbides du poumon ou du moins les plus graves (cancer et tuberculose) et les erreurs thérapeutiques qui en découlent trop souvent font créer des pneumothorax ou envoyer des malades en Sana, là où quelques injections de Bismuth ou d'Hydrargyre auraient été rapidement salutaires. Parlant des trachéo-bronchites syphilitiques, DIEULAFOY avait déjà mentionné ce fait dans une de ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Si le Clinicien ne peut se baser sur les signes pulmonaires, ni sur la radiologie, peut-il compter sur la recherche des Tréponèmes ?

Alors que les lésions syphilitiques primaires et secondaires fourmillent de Spirochètes, les lésions tertiaires, par contre, en contiennent peu ou du moins sont-ils indécelables. (AUDRY)

Les quelques auteurs qui ont signalé leur présence, soit dans les crachats, soit dans les lésions broncho-pulmonaires elles-mêmes (ELIZALDE), ont sans doute, été trompés par la présence de spirilles banaux, dont on sait l'affinité pour certaines lésions bronchiques. (CASTELLANI).

Le diagnostic devra donc se baser sur les antécédents syphilitiques, sur les lésions syphilitiques associées, sur les réactions sérologiques, sur l'épreuve thérapeutique.

1° *Antécédents :*

L'interrogatoire des malades est ici primordial. Il est rare qu'un chancre génital ou extra-génital avec bubon passe inaperçu et les malades peuvent se souvenir d'une positivité sanguine, avec thérapeutique par « piqûres », souvent d'ailleurs, interrompue prématurément.

2° *Lésions syphilitiques associées :*

Elles devront être recherchées systématiquement appareil par appareil.

Alopécie chevelue en clairière.
sourcilière (signe de l'omnibus).
génitale.
Onyxis et périonyxis.
Iritis, keratite, choroïdite et chorio-rétinite.
Altérations cochléaires et vestibulaires.
Gommes de la peau.
Leucoplasie linguale.
Syphilome ano-rectal.
Signe d'Argyll.
Abolition des réflexes.
Ostéites.
Ostéo-arthrites.

Artérites :

Aorte : clangor aortique ;
signes radiologiques aortiques,

et rechercher particulièrement au niveau du larynx des ulcérations ou des gommes.

3° *Réactions sérologiques.* — Elles sont capitales.

BW odinaire.
cholestériné.
Meinicke.
Hecht.
Kahn.

Mais il ne faut pas oublier que certaines syphilis tertiaires ont une sérologie négative (40 %), soit spontanément, soit du fait d'un traitement antérieur incomplet.

Dans ce cas, une réactivation peut s'imposer.

Mais les réactions sérologiques ne sont pas absolument spécifiques.

En effet, on trouve des BW fortement positifs en dehors de toute syphilis :

— Certaines pneumopathies aiguës,

— Syndrome de Hegglin et Grumbach.

Cependant pour le cas qui nous occupe, il ne s'agit pas d'une affection pulmonaire aiguë ni d'un syndrome fugace et la constatation d'une positivité sérologique garde toute sa valeur.

4° *Epreuve thérapeutique.*

Si on ne trouve rien dans les antécédents s'il n'existe pas de lésions syphilitiques asso-

ciées, si la sérologie est négative, l'étiologie syphilitique pourra être affirmée par le traitement d'épreuve, qui fera assister en peu de temps (quelques semaines) à un nettoyage radiologique plus ou moins important, où seules les lésions scléreuses seront peu influencées.

Mais le maniement de l'épreuve thérapeutique anti-syphilitique sera mené avec prudence :

Une image pseudo-tumorale d'allure subaiguë évoquera toujours la tuberculose, le cancer, la syphilis. Ce n'est qu'après de nombreux examens de laboratoire que l'on pourra écarter (mais non définitivement) la tuberculose.

Doit-on faire un traitement d'épreuve dans l'alternative cancer, syphilis ?

Il paraît logique d'être tenté sans attendre d'avoir la confirmation du cancer par l'extension de l'image sur des clichés successifs et le malade a tout à y gagner en cas de syphilis.

Comme nous venons de le voir, le diagnostic de la syphilis du poumon ne bénéficie pas comme la tuberculose d'un examen de laboratoire précis comme la constatation de bacilles de Koch.

C'est ce qui rend son étude si délicate et si imprécise et qui fait que l'on ne « pense » pas assez à la syphilis en pathologie pulmonaire.

Traitement

On connaît l'anecdote rapportée par Brambilla, selon laquelle « un électuaire fut ordonné pour un phtisique qui était dans une situation désespérée ; par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phtisique reçut l'onguent mercuriel, au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci prit de cet onguent, environ la grosseur d'une noix muscade, deux ou trois fois par jour et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement de son médecin qui apprit ensuite par hasard comment la chose s'était passée ».

On trouve par la suite dans la littérature médicale des faits semblables : Benjamin Bell, Swediaur (*Traité des maladies vénériennes*, 1798). Et nous ne ferons que retracer les grands principes qui ont dominé le traitement de la syphilis du poumon avant d'arriver à la conception actuelle.

On s'est servi longtemps de frictions mercurielles,

Puis ce fut le protoiodure et le sirop de Gibert.

Dieulafoy alternait les injections de biiodure de mercure et l'iodure de potassium.

Aujourd'hui quelques règles dominent la conduite du traitement de la spécificité pulmonaire. Si l'on sait que l'on doit craindre certaines associations morbides, telles que tuberculose et syphilis, on sait d'autre part que lorsque la syphilis est seule en cause, on doit « frapper fort » au début, selon le mot de M. L. Kindberg. En effet, on a tout intérêt à agir vite et fort de façon à ne pas se laisser constituer des lésions scléreuses qui seraient rebelles au traitement le plus énergique et le mieux conduit.

Quels sont donc les moyens à notre disposition ?

Habituellement on associe les arsénobenzènes et les sels de bismuth.

Les arsénobenzènes conviennent aux formes de début et aux formes pures.

Ils doivent être bannis dans les variétés hémoptoïques, chez les hépatiques, ou en cas d'association de tuberculose.

Le bismuth, comme le mercure d'ailleurs, convient aux formes anciennes, même lorsqu'elles s'associent à la tuberculose, à la seule condition d'agir avec prudence.

Enfin, dans les cas où il n'y a pas menace d'œdème pulmonaire, l'iodure de potassium convient parfaitement. Son action est remarquable sur les troubles fonctionnels.

Signalons pour terminer que la cure ther-

male par les eaux sulfureuses peut être d'une aide précieuse en supprimant ou en atténuant les accidents d'intolérance, en facilitant l'absorption et l'élimination du médicament.

Les eaux thermales arsenicales sont surtout indiquées dans les formes de syphilis pulmonaire chez l'enfant.

Conclusion

Sous l'angle d'une observation du Syphilome broncho-pulmonaire, il nous a paru intéressant de faire une revue d'ensemble, succincte de la syphilis du poumon.

Dans l'intrication de ses différentes formes, encore mal classées, le syphilome peut se détacher en relief, de par sa désinance et de par la place qu'il occupe entre les formes aiguës et les formes chroniques.

Parler de Syphilome à propos d'une image pulmonaire, c'est d'abord reconnaître une forme subaiguë, ensuite affirmer un diagnostic particulièrement difficile, car le Clinicien ne peut compter sur un élément de diagnostic précis, comme l'est la recherche du bacille de Koch dans la tuberculose.

Un seul point paraît indiscutable : c'est le résultat favorable de l'épreuve du traitement spécifique, « occasion de véritable triomphe thérapeutique » (Dieulafoy).

Vu :

Le Président de la Thèse, — *Le Doyen,*
J. TAPIE — LEFEVBRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 23 mars 1949
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

Bibliographie

AUDRY. — Précis élémentaire des maladies vénériennes.

BENDA. — La bronchite chronique syphilitique. — (*Thèse de Paris*, 1927).

BOURGEOIS (S.). — Le syphilome broncho-pulmonaire de l'adulte. Etude clinique et radiologique. — (*Thèse de Lyon*, 1932).

COURCOUX et LELONG. — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis pulmonaire chez l'adulte. — (*Journal médical français*. Décembre 1922).

COURCOUX et LEREBOULLET. — Un cas de syphilis pulmonaire. (Etude anatomo-clinique). — (*Paris-Médical*, 17 février 1934).

DALOUS, FABRE (J.), DE BRUX (J.), LEVRAT. — Un cas de syphilis du poumon. — (*Toulouse Médical* n° 10, octobre 1942).

DE JONG. — Syphilis broncho-pulmonaire. — (*Annales d'anatomie pathologique*, n° 3, 1926).

DIEULAFOY. — La syphilis du poumon et de la plèvre. — (*Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu,* 1898).

KINDBERG et BEPINE. — Gomme syphilitique du poumon. — (*Presse médicale,* 21 avril 1938).

LEMIERRE. — *Traité de médecine.* — Tome V. — La syphilis du poumon.

MICHEL (Jacques). — De quelques aspects pseudo-cancéreux de la syphilis du poumon. — (*Thèse de Nancy,* 1943).

MOREL, LASSERRE, Mme BOLINELLI. — Les ombres radiologiques pulmonaires fugaces. — (*Toulouse Médical,* n° 11, nov. 1947).

PAILLARD et PLAUCHU. — Syphilome excavé du poumon, révélé par une hémoptysie et guéri en deux mois par le traitement spécifique. — (*Lyon Médical,* 5 nov. 1939, n° 45).

ROCHEDIEU. — Des différentes manifestations de la syphilis pulmonaire. — (*Maroc Médical,* n° 183, 15 septembre 1937).

ROUBIER. — Syphilome broncho-pulmonaire, considérations cliniques et radiologiques. — *Journal de médecine de Lyon,* octobre 1931).

SERGENT. — *Pathologie interne.* — Tome 19. — La syphilis.

SERGENT et BENDA. — Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. — (*Paris Médical,* 15 fév. 1930).

Les fichiers du *Monde Médical.*